

## Demande de consultation infirmière

Sollicitée par :

☐ élève

☐ équipe éducative

☐ responsable légal

## Coordonnées du demandeur

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Mail : \_\_\_\_\_

## Coordonnées de l'élève

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ ☐ Fille ☐ Garçon

Établissement scolaire : \_\_\_\_\_ Classe : \_\_\_\_\_

Coordonnées de la famille : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Mail : \_\_\_\_\_

Motif de la demande : \_\_\_\_\_

Action(s) déjà engagée(s) : \_\_\_\_\_

Suivi(s) en cours connu(s) : \_\_\_\_\_

Suites données à la demande, par l'infirmier :

☐ Consultation infirmière réalisée le : \_\_\_\_\_

Nature de la réponse apportée :

☐ Orientation

☐ Suivi infirmier

☐ Autre : \_\_\_\_\_

☐ Demande transmise à : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

☐ Conseil technique au demandeur : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

☐ Autre : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

## Coordonnées de l'infirmier

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Mail : \_\_\_\_\_

Remarque(s) : \_\_\_\_\_